

## Réduire la transmission mère-à-enfant du VIH chez les femmes qui allaitent

*Le présent numéro de PHARES vise à apporter aux décideurs, responsables de programme et agents de santé des directives concernant le soutien aux mères séropositives à VIH qui choisissent d'allaiter pour qu'elles puissent réduire le risque de transmission et protéger leur santé ainsi que celle de leur enfant. Pour de nombreuses mères séropositives dans des contextes où les ressources sont limitées, l'allaitement maternel est la seule stratégie disponible pour l'alimentation du nourrisson ou du moins celle qui présente le moins de danger.*

**La diarrhée et les infections respiratoires représentent les menaces les plus graves qui pèsent sur la survie de l'enfant dans la plupart des communautés.** L'allaitement maternel protège contre les infections et autres maladies puisqu'il confère les anticorps et autres facteurs de protection nécessaires d'où une exposition moindre aux pathogènes, vérifiant par ailleurs une nutrition optimale. Les interventions de promotion de l'allaitement maternel permettraient d'éviter 13% des 10 millions de décès d'enfants de moins de cinq ans, représentant ainsi une des interventions de survie de l'enfant les plus efficaces qui soit.<sup>1</sup> La conception de stratégies en vue de réduire la transmission du VIH mère-à-enfant doit prendre en compte ces avantages plus étendus de l'allaitement maternel pour la santé publique.

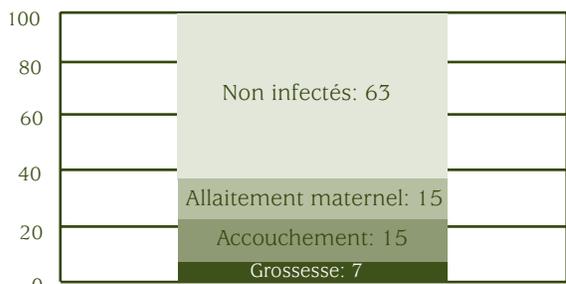
**La plupart des femmes infectées par le VIH ne transmettent pas le VIH à leur enfant.** Certes, une mère peut transmettre le VIH à son enfant pendant la grossesse et l'accouchement ou par voie d'allaitement maternel et pourtant la plupart des bébés des mères séropositives ne sont pas infectés. S'il n'existe aucune intervention pour réduire la transmission, 5% à 10% des nourrissons seront infectés pendant la grossesse, 10% à 20% pendant le travail et l'accouchement et 10% à 20% par le biais du lait maternel s'ils sont allaités pendant 18 à 24 mois.<sup>2</sup> En prenant la médiane de ces fourchettes, pour 100 femmes séroposi-

tives, sept de leurs nourrissons seront infectés par le VIH pendant la grossesse, 15 en plus pendant le travail et l'accouchement et 15 autres pendant les deux ans d'allaitement maternel. Le Diagramme 1 indique que 63% des nourrissons ne seront pas infectés par le VIH même s'ils sont allaités et sans qu'il existe une intervention qui prévienne la transmission.

**La promotion et le soutien de méthodes optimales d'alimentation du nourrisson devraient faire partie de tous les programmes de prévention de la transmission mère-à-enfant (PTME) du VIH.** Il est essentiel de connaître le statut VIH de la mère lors de la grossesse pour lui donner les bons conseils liés à l'alimentation du nourrisson. Les décisions concernant l'alimentation du nourrisson doivent se fonder sur la connaissance du statut VIH de la mère. Si la plupart des pays offrent à présent des services de conseils et de dépistage du VIH volontaires et confidentiels dans le cadre des consultations prénatales reliées aux programmes PTME, l'utilisation effective de tels services reste pourtant faible. Le défi à présent consiste à améliorer ces services et à étendre la couverture.

**Même chez les mères dont on sait qu'elles sont séropositives à VIH, les avantages de l'allaitement maternel l'emportent sur les risques de transmission.** Une mère séropositive à VIH peut éviter la transmission postnatale en donnant au nourrisson un lait commercial ou un lait animal modifié à domicile. Seulement dans de nombreux contextes aux ressources modiques, de telles solutions ne sont pas possibles ou elles sont trop dangereuses suite au risque de décès découlant de la malnutrition, de la diarrhée, de la pneumonie et d'autres infections. Lorsque l'alimentation de substitution n'est pas "acceptable, faisable, abordable, durable et sans danger," les organismes des Nations Unies recommandent un allaitement maternel exclusif "pendant les premiers mois de la vie." Ils recommandent "d'arrêter l'allaitement maternel dès que c'est faisable, tenant compte des circonstances locales, de la situation individuelle de la mère et des risques liés à l'alimentation de substitution."<sup>3</sup>

**Diagramme 1. TME chez 100 mères séropositives, par moment de transmission**



## Facteurs-risques liés à la transmission postnatale

### Mère:

- Système immunitaire/état de santé
- Charge virale plasmatique
- Virus dans le lait maternel
- Inflammation des seins (mastite, abcès, lésions aux mamelons)
- Nouvelle infection à VIH
- Caractéristiques virales

### Nourrisson:

- Durée de l'allaitement maternel
- Allaitement maternel non exclusif
- Age (premiers mois)
- Lésions dans la bouche, intestins
- Prématuré
- Réponse immunitaire du nourrisson

Il est possible de réduire le risque de transmission du VIH par voie de l'allaitement maternel. L'encadré ci-dessus mentionne les facteurs qui favorisent la transmission postnatale. Une mère séropositive qui souhaite allaiter peut diminuer ces risques en veillant à sa propre santé, en suivant les directives de l'alimentation et en soutesant à nouveau les risques alors que le nourrisson grandit et que les conditions changent. Le prestataire de soins, l'agent communautaire et le planificateur de programme peuvent la soutenir et l'aider de la manière suivante.

## Conseils pour l'Alimentation du Nourrisson

Les conseils liés à des pratiques d'allaitement maternel comportant moins de risques devraient constituer une composante importante des efforts en vue de réduire le risque de transmission du VIH et d'augmenter les chances de survie de l'enfant.

**Apporter des conseils adéquats en matière d'allaitement et un soutien pour prévenir les affections du sein.** Un positionnement incorrect au sein et des tétées peu fréquentes peuvent entraîner des lésions et fissures aux mamelons et une mastite (inflammation du sein). L'abcès au sein—poche localisée de pus—provient généralement d'une mastite qui n'est pas traitée. Des mamelons craquelés, une mastite et des abcès au sein sont les trois affections associées à une transmission plus élevée du VIH par voie de l'allaitement maternel. D'après certaines études, environ 11 % à 13 % des femmes infectées par le VIH connaissent une ou plusieurs de ces affections pendant l'allaitement maternel, souvent pendant les premières semaines où l'on pense que le risque de transmission du VIH est le plus élevé. Ces affections du sein que l'on peut prévenir et traiter pourraient être responsables de la moitié de la transmission du VIH par voie de l'allaitement maternel.<sup>4</sup> Aussi, des conseils en vue d'adopter les bonnes techniques d'allaitement dès le début de l'allaitement peuvent-ils aider à prévenir les problèmes des seins. Dans le cadre d'une étude faite au Bangladesh, la prévalence d'inflammation grave du sein était trois fois plus grande chez les femmes qui n'avaient pas reçu de conseils que chez celles qui en avaient bénéficié.<sup>5</sup>

**Conseiller les femmes pour qu'elles sachent reconnaître les affections au sein et les fassent traiter immédiatement.** Une mère qui allaite et qui est séropositive à VIH devrait rechercher un traitement immédiat pour des lésions aux mamelons, une mastite et des abcès au sein. En présence de l'un quelconque de ces problèmes, elle devrait extraire fréquemment du lait du sein infecté et le jeter jusqu'à ce que le sein soit guéri.

### **Conseils portant sur l'allaitement maternel exclusif**

(ne donner que du lait maternel, sans aucun autre aliment, liquide, pas même de l'eau). Pour les mères qui sont séronégatives ou qui ne connaissent pas leur statut, on recommande universellement l'allaitement maternel exclusif comme étant la pratique optimale d'alimentation du nourrisson pendant les six premiers mois de la vie. L'allaitement maternel exclusif peut également réduire le risque de transmission chez les mères séropositives qui souhaitent allaiter. Plusieurs études sont en cours pour vérifier les résultats d'une étude<sup>6</sup> faite à Durban, en Afrique du Sud, indiquant que les enfants recevant un allaitement maternel partiel avant trois mois ont des taux plus élevés de transmission postnatale que les bébés qui ont été allaités exclusivement pendant trois mois au moins.

### **Aider les familles à prendre des décisions concernant la transition de l'allaitement maternel à une alimentation de substitution**

(remplacer le lait maternel par un régime alimentaire qui apporte à l'enfant tous les nutriments dont il a besoin). Tous les enfants de mères séropositives arriveront à un âge où la balance des risques pèsera en faveur d'une alimentation de substitution. En effet, les risques changent au fil du temps. Après les premiers mois de la vie du nourrisson, les risques liés à l'utilisation des produits de remplacement du lait maternel, tel que le lait commercial et le lait animal diminuent mais, par contre, le risque de transmission du VIH par voie de l'allaitement maternel subsiste. D'après les données, l'allaitement maternel après six mois représente 50 % environ ou plus de toute la transmission postnatale. A l'âge de six mois, le nourrisson peut mieux tolérer du lait de vache, du lait de chèvre non dilué, ainsi que divers aliments solides et, par conséquent, les possibilités d'alimentation deviennent moins dangereuses, moins difficiles et moins chères qu'à un âge plus précoce.

Aussi, ces raisons poussent-elles certains experts de la santé à recommander que les mères qui veulent allaiter fassent la transition et passent à l'alimentation de substitution à l'âge de six mois, moment où devraient également être introduits des aliments solides et semi-solides.

La décision, quant au bon moment de cesser l'allaitement maternel repose sur l'évaluation de l'état de santé, tant de la mère que de l'enfant et sur la capacité de la famille à lui donner une nourriture de substitution. Ces aliments doivent convenir à l'âge de l'enfant, être préparés dans de bonnes conditions d'hygiène et être suffisamment nutritifs pour soutenir la croissance, ainsi que la bonne santé et le développement de l'enfant. Les prestataires de soins et les agents communautaires apprendront aux parents à préparer en toute sécurité les laits de substitution et sauront leur montrer comment réagir face aux attitudes de la communauté à l'égard de femmes qui n'allaitent pas.

## Traitement et Prophylaxie Antirétroviraux

Le traitement antirétroviral permettant de garder en bonne santé des mères infectées par le VIH est probablement l'une des manières les plus importantes de prévenir la transmission postnatale du VIH.

**Traiter la mère à l'aide d'une association de médicaments antirétroviraux (ARV).** Une multithérapie antirétrovirale (si elle est disponible et cliniquement indiqué)<sup>7</sup> devrait être utilisée pour traiter la mère puisqu'elle ralentit l'évolution de la maladie. Dans le cadre d'une étude faite en Afrique de l'Ouest,<sup>8</sup> la transmission postnatale (mesurée de l'âge de six semaines à 24 mois chez des nourrissons allaités au sein) était de 22 % chez les mères avec des numérations de lymphocytes CD4\* inférieures à 500/mm<sup>3</sup>, mais n'était que de 2 % chez des mères avec des numérations plus élevées de lymphocytes CD4. Aussi bien la charge virale que le nombre de lymphocytes CD4 sont associés indépendamment au risque de transmission par voie de l'allaitement maternel. L'Organisation mondiale de la Santé recommande que si des mères prenant des ARV pour freiner l'évolution de la maladie souhaitent allaiter, elles devraient continuer leur traitement, même si les effets sur la santé du nourrisson et sur la transmission par voie de l'allaitement maternel n'ont pas encore été évalués.<sup>9</sup>

**Apporter une prophylaxie antirétrovirale pour la PTME.** Dans des situations où l'association médicamenteuse n'est ni indiquée, ni disponible, un traitement prophylactique à l'aide de médicaments antirétroviraux pris par la mère et le nourrisson au moment de l'accouchement réduit le risque de transmission périnatale. Plusieurs protocoles ont été

approuvés à cette fin. Celui qui est utilisé le plus souvent dans des contextes aux ressources limitées se base sur 200 mg de névirapine administrée par voie buccale à la mère au moment de l'accouchement et 2 mg/kg donnés au nouveau-né dans les 72 heures suivant la naissance. Des essais sont réalisés actuellement pour évaluer l'innocuité et l'efficacité des protocoles antirétroviraux pris par la mère et/ou le nourrisson après l'accouchement afin de prévenir la transmission par voie de l'allaitement maternel. Certes, les résultats préliminaires sont encourageants, mais aucun schéma de prophylaxie antirétrovirale post-partum n'a encore été approuvé.

## Prévention primaire

Les programmes PTME devraient toujours comporter un volet conseils sur les relations sexuelles protégées. Le risque de transmission par voie de l'allaitement maternel est plus élevé si la mère est nouvellement infectée pendant l'allaitement maternel.<sup>10</sup>

### Rapports sexuels protégés pour prévenir l'infection chez les femmes qui ne sont pas infectées par le VIH.

On attribue le risque plus élevé de transmission par voie de l'allaitement maternel chez les mères nouvellement infectées au niveau élevé de virus chez la mère, une fois contractée l'infection, mais avant que le système immunitaire ne commence à lutter contre l'infection. Les mères non infectées peuvent se protéger elles-mêmes ainsi que leurs nourrissons allaités au sein en adoptant des rapports sexuels sans risques.

## Soutenir les interventions nutritionnelles

Toute intervention nutritionnelle pour la mère infectée par le VIH permet d'améliorer sa santé et la qualité de la vie, lui confère les nutriments supplémentaires pour soutenir la grossesse et l'allaitement et pour répondre aux besoins accrus en énergie découlant de l'infection à VIH.

**Conseiller la mère et sa famille quant à l'importance du soutien et des soins nutritionnels.** Les soins et le soutien nutritionnels sont probablement le seul traitement auquel a accès la mère séropositive. Le manque d'appétit, la mauvaise absorption des nutriments et les changements physiologiques sont la cause de perte de poids et de la malnutrition chez les personnes infectées par le VIH. En effet, les besoins nutritionnels augmentent suite à l'infection à VIH et devraient être satisfaits par l'apport accru d'aliments nutritifs. L'infection asymptomatique à VIH augmente les besoins en énergie de 10 %, d'après les estimations, et les infections symptomatiques augmentent les besoins de l'ordre de 30 %.

\* Les cellules CD4 font partie du système immunitaire attaqué par le VIH. Aussi, la numération de ces lymphocytes est-elle aussi bien un indicateur qu'une conséquence fonctionnelle d'une infection à VIH avancée.

On sait que certains suppléments de micronutriments donnent de meilleures chances de survie aux adultes souffrant d'une infection à VIH d'un stade plus avancé. Certes, c'est le régime alimentaire qui est la meilleure source de micronutriments nécessaires, mais parfois, il faut prendre des suppléments de multiples micronutriments lors de la grossesse et de l'allaitement dans certains contextes. Suite aux effets négatifs possibles de certains micronutriments en cas de prise excédentaire, l'OMS recommande actuellement que la prise par les mères infectées par le VIH ne dépasse pas les niveaux quotidiens recommandés.

L'allaitement maternel s'accompagne également de besoins nutritionnels accrus. Par conséquent, les mères qui allaitent (qu'elles soient infectées ou non) devraient consommer l'équivalent d'un repas supplémentaire (650

kcal) par jour pour maintenir les réserves maternelles et répondre aux besoins de l'allaitement. Généralement, les mères ont davantage faim et soif lorsqu'elles allaitent et elles satisferont ce besoin si les aliments et liquides sont disponibles. Les mères infectées par le VIH qui ont moins d'appétit seront encouragées à bien manger grâce à une alimentation appétissante et nutritive.

Prises ensemble, les interventions ébauchées dans ce document soutiennent la survie de l'enfant et permettent aux familles de prendre des mesures positives pour protéger la santé, tant de la mère que de l'enfant.

Remerciement: Ce numéro de PHARES s'inspire d'un document<sup>4</sup> et de présentations par Ellen Piwoz, Projet SARA et Jay Ross, Projet Linkages.

## Notes finales

- <sup>1</sup> Jones G, Steketee RW, Black RE, Bhutta ZA, Morris SS and the Bellagio Child Survival Study Group. How many child deaths can we prevent this year? *Lancet* 2003;362:65-71.
- <sup>2</sup> De Cock KM, Fowler MG, Mercier E, de Vincenzi I, Saba J, Hoff E, Alnwick DJ, Rogers M, Shaffer N. Prevention of mother-to-child HIV transmission in resource-poor countries: translating research into policy and practice. *JAMA* 2000;283:1175-1182.
- <sup>3</sup> WHO. New data on the prevention of mother-to-child transmission of HIV and their policy implications. Conclusions and recommendations. WHO technical consultation on behalf of the UNFPA/UNICEF/WHO/UNAIDS Inter-Agency Task Team on Mother-to-Child Transmission of HIV. Geneva, 11-13 October 2000. Geneva: World Health Organization, 2001, WHO/RHR/01.28.
- <sup>4</sup> Piwoz E, Ross J, Humphrey J. HIV transmission during breastfeeding: knowledge, gaps and challenges for the future. In: *Advances in Experimental Medicine and Biology. Protecting infants through human milk: advancing the scientific evidence base.* USA: Kluwer Publishing, (in press).
- <sup>5</sup> Flores M, Filteau S. Effect of lactation counselling on subclinical mastitis among Bangladeshi women. *Ann Trop Paediatr* 2002;22:85-88.
- <sup>6</sup> Coutsooudis A, Pillay K, Kuhn L, Spooner E, Tsai W-Y, Coovadia HM. Method of feeding and transmission of HIV-1 from mothers to children by 15 months of age: prospective cohort study from Durban, South Africa. *AIDS* 2001;15:379-387.
- <sup>7</sup> WHO. Scaling up antiretroviral therapy in resource-limited settings – 2003 Revision (DRAFT). Geneva: World Health Organization, 2003.
- <sup>8</sup> Leroy V, Karon JM, Alioum A, Ekpini ER, Meda N, Greenberg AE, Msellati P, Hudgens M, Dabis F, Wiktor SZ. Twenty-four month efficacy of a maternal short-course zidovudine regimen to prevent mother-to-child transmission of HIV-1 in West Africa: West Africa PMTCT Study Group *AIDS* 2002;16:631-641.
- <sup>9</sup> WHO. Antiretroviral drugs and the prevention of mother-to-child transmission of HIV infection in resource-constrained settings. Recommendations for use, 2004 Revision (DRAFT: 7 January 2004). Geneva: World Health Organization, 2004.
- <sup>10</sup> Dunn DT, Newell ML, Ades AE, Peckham C. Risk of human immunodeficiency virus type 1 transmission through breastfeeding. *Lancet* 1992;340:585-588.

**Pour de plus amples informations, consulter notre site web à [www.linkagesproject.org](http://www.linkagesproject.org) ou prière de nous contacter:**

**Courrier électronique: [linkages@aed.org](mailto:linkages@aed.org)**

**Téléphone: (202) 884-8221**

**Fax: (202) 884-8977**



PHARES : PTME : Réduire la transmission mère-à-enfant du VIH chez les femmes qui allaitent est une publication de LINKAGES: Programme d'Allaitement Maternel, MAMA, Alimentation Complémentaire Connexe et Nutrition Maternelle, possible grâce au soutien apporté à l'Académie pour le Développement de l'éducation (AED), par le Bureau de Santé Globale de l'Agence des Etats-Unis pour le Développement International (USAID), aux termes de l'Accord Collaborateur No. HRN-A-00-97-00007-00. Les opinions exprimées ici incombent aux auteurs et ne reflètent pas forcément les vues de l'USAID ou de l'AED. Juin 2004

